

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N^o
100

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
MENTION MÉDECINE

PAR

Georges C. GALANAKIS

Né le 5 18 janvier 1892, à Sitia (Ile de Crète) Grèce

Diplômé en Médecine Vétérinaire

(Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMATOMES PÉRINÉAUX
ET PÉRIVAGINAUX

D'ORIGINE OBSTÉTRICALE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

POUR

N°
100

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

PAR

Georges C. GALANAKIS

Né le 5/18 janvier 1892, à Sitia (Ile de Crète) Grèce
Diplômé en Médecine Vétérinaire
(Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMATOMES PÉRINÉAUX
ET PÉRIVAGINAUX

D'ORIGINE OBSTÉTRICALE



Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	N.
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOLLETT	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Je dédie ce travail à la mémoire
de ma bien chère mère, dont la
tendresse me fut trop tôt ravie, en
témoignage d'affection filiale et
de respectueux souvenir.*

A MON PÈRE

*En témoignage de toute ma re-
connaissance et de ma profonde
affection filiale.*

A MA FAMILLE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre

*Hommage très respectueux et
témoignage de reconnaissance sin-
cère, pour l'enseignement qu'il
m'a donné, pour son bienveillant
appui, pour ses conseils affectueux
et le grand honneur qu'il me fait
encore aujourd'hui en acceptant la
présidence de ma thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL

Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre

*Témoignage de vive et sincère
affection avec ma profonde grati-
tude pour l'enseignement qu'il m'a
prodigué...*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. VIGNES

Accoucheur des Hôpitaux
Croix de guerre

ET

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. CLEISZ

Chef de Clinique
Croix de guerre

*Témoignage de profonde amitié
et d'affection sincère, pour le bien-
veillant intérêt qu'ils m'ont tou-
jours porté et leurs précieux con-
seils, pendant toute la durée de
mon stage à la Clinique Baudelocque.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HIDDEN

et à tous mes amis et collègues de la Clinique Baudelocque

En affectueux souvenir.

INTRODUCTION

Les parties molles des voies génitales de la femme, peuvent donner lieu, à la suite d'un accouchement, à deux sortes d'accidents :

a) Ceux dus à des obstacles mécaniques s'opposant à l'expulsion fœtale (tumeurs, rétractions cicatricielles, etc).

b) Des déchirures et écrasements de ces tissus mous, spontanés ou artificiels, superficiels ou profonds.

C'est dans ces derniers, que sont englobées les déchirures du périnée et de la vulve, les plaies contuses et les écorchures du vagin, et enfin les contusions des couches plus ou moins profondes, avec ou sans écrasement vasculaire, la muqueuse restant souvent intacte grâce à son élasticité.

Dans ces cas de rupture vasculaires, se produit une accumulation du sang extravasé qui donne lieu, soit à une tumeur sanguine, soit à une simple ecchymose par diffusion sérosanguine dans la trame du tissu cellulaire décollé.

C'est de l'étude de cette lésion que nous nous occupons, nous basant sur les quelques observations cliniques que nous avons pu recueillir ainsi que sur les 18 publiées par Champeau (*Thèse de Paris*, 1914), et guidé par les conseils de notre cher maître M. le professeur A. Couvelaire et ses collaborateurs à la clinique Baudelocque, M. le Professeur agrégé Levy-Solal, M. H. Vignes, accoucheur des Hôpitaux, et M.-L. Cleisz, chef de clinique.

DÉFINITION

La lésion qui nous occupe a été improprement désignée sous le nom de thrombus, mais comme le professeur Pinard l'a déjà fait remarquer, il ne s'agit pas d'un caillot sanguin formé à l'intérieur d'un vaisseau, mais bien d'un hématome, c'est-à-dire d'une collection sanguine en dehors des vaisseaux, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, c'est pourquoi nous dirons avec notre maître, M. le Professeur Couvelaire, que :

L'Hématome périnéal et périvaginal d'origine obstétricale est un épanchement sanguin, dû à des ruptures vasculaires produites par l'accouchement, qui s'accumule dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et qui tantôt s'infiltre seulement dans ce tissu, donnant lieu à une simple ecchymose, tantôt s'amasse, formant une véritable tumeur de volume variable, suivant le nombre des vaisseaux rupturés et la laxité des tissus de la femme.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Notre étude n'englobe que ce qui concerne les hématomes périnéaux et périvaginaux d'origine obstétricale.

Nous ne parlerons donc pas ici des hématomes pelvi-abdominaux, qui n'appartiennent plus au domaine de notre sujet et dont l'histoire doit être rattachée à celle des rup-

tures utérines avec épanchement sanguin dans le ligament large et le péritoine.

Nous ne nous arrêterons pas non plus à l'étude de l'hématome pédiculé du vagin dont les caractères sont tout à fait particuliers ; savoir : toujours pédiculé plus ou moins longuement, toujours petit (sous l'apparence d'une châtaigne ou d'une noix), ayant son siège à la paroi postérieure du vagin, etc.

Nous laisserons également de côté l'hématome traumatique (c'est-à-dire par traumatisme autre que celui survenant au moment du travail), qui est très rare et succède à des accidents variés tel que : coups de pieds ou de cornes (Romains, Descamps), morsures (Himmelfarb), rapports sexuels exagérés (Duplay, Tait), chutes à califourchon sur des objets étroits, pointus ou coupants (Doleris, Tuffier), sur le bord d'une planche, le dossier d'une chaise (Sédillot, Tuffier), le bord d'un baquet, d'une baignoire (Velpeau), etc., etc.

Nous entrerons donc immédiatement dans l'étude de l'hématome purement obstétrical qui survient au moment et après le travail, lequel est le plus intéressant et, relativement, le plus fréquent.

Fréquence

On ne l'observe pas aussi souvent que certains auteurs l'ont prétendu : Cadilhac (1) Devoir (2), Fabre (3) et S. Tar-

1. Cadilhac, thèse de Montpellier, 1894-1895 (1 p. 1.500).

2. Devoir, thèse de Paris, 1896 (1 p. 1.500).

3. Fabre, *Obstétrique*, 2^e édition, p. 595 (1 p. 1.500).

nier, qui estiment qu'on rencontre un hématome obstétrical sur 1.200 à 1.500 accouchements.

Ribemont et Lepage donnent une fréquence de 1 cas, sur 2.000 accouchements.

Dubois, n'en signale que trois cas sur 14.000.

Jonson et Sinclair en ont rencontré 7 cas sur 13.000 accouchements pratiqués à la Maternité de Dublin (Dyplay).

Mme Sasonoff, donne le chiffre de un hématome pour 2.500.

Josephe de Lee (Chicago) en a observé 5 cas sur 20.000.

Champeau signale que, pendant la période de trente ans six mois, où 54.034 femmes sont venues accoucher dans le service de M. Pinard, il n'a pu recueillir que 18 cas d'hématome obstétrical, ce qui fait une proportion de 0,33 pour 1.000, ou 1 hématome pour 3.000 accouchements.

Enfin, nous même n'avons pu trouver que 4 cas sur 11.487 accouchements faits à la Clinique Baudelocque pendant la période de six ans dix mois (1^{er} janvier 1914 au 1^{er} novembre 1920), ce qui fait une proportion de 1 pour 2.870.

Chez les femelles de nos grands animaux domestiques (la jument et la vache), la fréquence est beaucoup plus grande, en raison de la brutalité qu'exercent sur les parturientes, leurs propriétaires ou des personnes tout à fait inexpérimentées qui interviennent en exerçant des tiraillements inutiles et désordonnés sur le fœtus pour précipiter sa sortie.

La fréquence est, paraît-il, plus grande chez la Jument, car cette femelle a un travail de plus longue durée, avec des efforts beaucoup plus violents que la vache.

Williams (de New-York) en a observé chez la Jument 2 cas, dont l'un après une période de travail qui a duré dix-huit heures, sans qu'il y ait eu aucune dystocie.

Nous même signalons un cas chez la Jument aussi (v. obs. vétér., n° 3) remarquable par les violences qui ont précédé et qui ont été probablement la cause de la formation de deux hématomes.

Causes prédisposantes.

On a invoqué les varices de la vulve et du vagin. Nous ne les voyons pas jouer un rôle quelconque dans aucun des cas sur lesquelles nous appuyons l'étude de notre sujet.

En ce qui conserve la gêne de la circulation du retour invoqué par Blot, nous nous y rallions volontiers. En effet, la descente de la tête fœtale, pendant la période d'expulsion, est susceptible de provoquer une entrave circulatoire, ce qui donnerait lieu à un état favorable à des ruptures de vaisseaux capillaires déjà fortement congestionnés du fait de la gestion.

D'un autre côté, le *pare*, a-t-il une influence, sur la production de l'hématome ?...

Oui... L'accident est plus fréquent chez les primipares. En effet, si l'on examine les faites cliniques, nous relevons dans les 18 observations de Champeau (clinique Baudelocque, 14 cas chez les primipares et 4 seulement chez les multipares.

D'autre part, sur nos 6 observations, nous trouvons 4 primipares et 2 multipares, c'est-à-dire que l'hématome

se développe avec une fréquence de 75 o/o environ, chez les primipares.

A quelle période du travail le voit-on le plus souvent apparaître ?

Mme Sasonoff, nous donne sur 95 cas d'hématomes, les chiffres ci-dessous :

- 3 pendant la dilatation ;
- 35 pendant l'expulsion ;
- 57 après la délivrance.

Sur les 18 observations de Champeau, nous trouvons le diagnostic fait :

- 1 fois pendant l'expulsion ;
- 2 fois entre l'accouchement et la délivrance ;
- 15 fois après la délivrance.

Enfin sur nos 6 cas, nous voyons le diagnostic fait :

- 1 fois entre l'accouchement et la délivrance ;
- 5 fois après la délivrance.

C'est donc après l'accouchement et surtout après la délivrance que l'hématome est habituellement diagnostiqué.

Nous nous demandons s'il y a lieu de considérer le jeune âge, comme une cause prédisposante à la production de l'accident.

Sur les 18 observations de Champeau, nous relevons que : 11 femmes étaient d'un âge inférieur à 22 ans, 3 avaient de 23 à 28 ans et 4 de 30 à 40 ans.

Sur nos 6 observations, toutes les patientes avaient de 21 à 28 ans.

Enfin parmi les causes prédisposantes nous signalons, sans pouvoir le démontrer par nos observations, l'état

d'hémophilie, que tous les auteurs acceptent, comme étant très favorable à la production de l'hématome.

Avant de clore ce chapitre, nous attirerons l'attention sur deux faits cliniques dont nous exposons les détails aux observations II et V.

Il s'agit là de deux femmes primipares qui ont présenté, à la suite de leur accouchement, l'accident de l'hématome obstétrical.

Un examen pratiqué chez elles plusieurs mois plus tard, par M. H. Vignes, a permis de faire les constatations suivantes :

La première (obs. II). Mme D. L..., 27 ans, primipare, présentait 16 mois après son accouchement : 1° Une brièveté du vagin, comme cela se voit dans l'hypoplasie génitale congénitale ; 2° Le cul-de-sac vaginal gauche absolument effacé ; 3° Les muscles releveurs de l'anus très peu étoffés.

La deuxième de ces femmes (obs. V) présentait également un vagin court, un cul-de-sac vaginal gauche, complètement effacé, un utérus petit, latéroversé du côté gauche de façon notable et, enfin, les releveurs de l'anus étaient à peu près inexistantes.

Aussi devrions-nous considérer, parmi les causes prédisposantes de la formation des hématomes obstétricaux, les malformations congénitales des organes génitaux ?...

Dans quelle mesure ?...

Nous ne sommes pas le premier, croyons-nous, à faire cette réflexion, car l'attention a été déjà attirée sur ce sujet mais de façon un peu différente. Nous trouvons en effet dans le *Traité de Gynécologie* de Labadie-Lagrave et

Legueu, la phrase suivante « on pourrait y (dans les causes prédisposantes) ajouter l'étroitesse de la vulve et du vagin ».

L'étroitesse de la vulve et du vagin a été également signalée par Perret.

Ce qui nous confirme aussi un peu dans notre opinion, sur la malformation congénitale chez ces deux femmes, c'est la très courte durée de leurs règles, qui normalement étaient chez l'une de deux jours, chez l'autre de trois jours.

Causes occasionnelles

L'hématome puerpéral périnéal et périvaginal reconnaît comme principale cause occasionnelle, celle du passage de la tête fœtal ; à côté de celle-ci, les interventions brutales, les manœuvres diverses, l'application du forceps et la lenteur du travail y contribuent pour une grande partie.

Nous croyons que l'ossification bien avancée de la tête fœtale et la violence et la prolongation des efforts expulsifs jouent un rôle primordial dans la formation de l'hématome.

En effet, une tête bien ossifiée, dure, poussée violemment, est capable de provoquer, au moment de son rapide passage, des décollements des parties molles et des écrasements vasculaires. Ceci est facile à comprendre lorsqu'on examine le *mécanisme* suivant lequel la lésion se produit. Celui-ci est identique à celui du céphalématome (Pinard).

Il se passe là un décollement d'une paroi molle, mobile, élastique, très vascularisée d'elle-même et beaucoup plus

encore du fait de la gestation, sur un plan sous-jacent résistant.

Le passage de la tête fœtale bien ossifié donne lieu à un glissement de la muqueuse, sur les surfaces osseuses et les aponévroses sous-jacentes, qui entraîne des décollements cellulaires plus ou moins considérables dans les différents plans de l'appareil génital, lesquels s'accompagnent de tiraillements des vaisseaux dont quelques-uns se rompent ou se déchirent. C'est ainsi que se produit une extravasation sanguine qui donne lieu soit à une simple infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux, soit à un épanchement plus ou moins considérable formant une tumeur de volume variable.

C'est surtout les vaisseaux capillaires qui sont intéressés. Perret l'a démontré expérimentalement dans sa thèse inaugurale (c'est-à-dire il a démontré expérimentalement que : ce ne sont pas les gros vaisseaux qui alimentent un épanchement, mais tout simplement les vaisseaux capillaires).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Volume. — Le volume de l'hématome chez la femme varie de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une tête d'homme adulte.

Chez la jument et la vache, l'hématome peut atteindre un volume considérable dépassant parfois le volume de deux têtes humaines (v. obs. vétér., n° 1).

Siège. — Nous avons déjà dit que le siège de l'héma-

tome est le tissu cellulaire qui entoure le vagin et la vulve.

Certains auteurs (1) classent les hématomes suivant leurs localisations et leurs prolongements de la façon suivante :

1° *Hématome vulvaire*. — Sièges dans les grandes lèvres, rarement dans les petites. La poche est formée d'une saillie volumineuse, sa paroi est constituée par les grandes lèvres et cette paroi est plus mince en dedans.

La tumeur est ou non compliquée de plaie, suivant la cause qui en a amené la production.

A la surface interne, la tumeur n'étant recouverte à ce niveau que par la muqueuse, présente une coloration violacée.

2° *Hématome vaginal*. — Sièges dans le tissu cellulaire extra-vaginal des parties latérales et postérieures, plus rarement dans la paroi antérieure.

Parfois il s'étend à la grande lèvre, mais en général, il ne descend pas au-dessous du releveur de l'anus.

En haut, l'hématome vaginal peut s'étendre jusqu'à la base du ligament large donnant lieu à une tumeur péri-utérine et extra-péritonéale, mais jamais jusqu'aux piliers du diaphragme comme certains auteurs le disent, car alors, il s'agit plutôt d'une collection sanguine due à une rupture utérine.

L'hématome vaginal est généralement situé d'un seul côté. Il peut cependant se présenter double, occupant les deux côtés (V. obs. vétér. n° 3), ou contourner le vagin et l'entourer de tous côtés.

3° *Hématome Périnéal*. — On distingue dans celui-ci :

1. Hervieux, Labadie-Lagrave et Legueu, Ribemont-Dessaigues et Lepage.

a) Un hématome *superficiel*, dans lequel l'épanchement se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané et qui peut se prolonger en avant, donnant lieu ainsi à un hématome vulvo-périnéal (V. Obs. II), ou en arrière, jusqu'à l'anus, remonter en avant jusqu'au pubis et même jusqu'à la paroi abdominale, puis sur les côtés envahir la région fessière (très fréquent chez les animaux); b) Un hématome *profond* qui se trouve limité naturellement par les aponévroses du périnée; cependant il peut parfois gagner les fosses iliaques en décollant le péritoine et remonter même au niveau de la région lombaire.

Voici le siège de l'hématome sur les 6 cas que nous signalons.

Une fois, son siège est la vulve et le vagin à droite (V. Obs. I);

Une fois, son siège est la vulve et le vagin à gauche (V. Obs. VI);

Deux fois, paroi gauche du vagin (V. Obs. III et V);

Une fois, paroi droite du vagin (V. Obs. IV);

Une fois, vulvo-vagino-périnéale et gauche (V. Obs. II).

Dans les 18 observations de Champeau, le siège était le suivant :

Autour du vagin à droite, 9 cas ;

Autour de la vulve à droite, 4 cas ;

Autour de la vulve et du vagin à droite, 2 cas ;

Autour de la vulve et du vagin à gauche, 2 cas ;

Siège non indiqué, 1 cas.

Ainsi nous avons au total 17 cas avec siège à droite, et 6 cas avec siège à gauche. Le nombre restreint des obser-

ventions est très insuffisant pour nous permettre de conclure sur la fréquence du siège de la tumeur.

Chez la vache et la jument, l'hématome obstétrical siège le plus souvent dans la région vulvo-périnéale. M. Collin a observé un cas d'hématome de la vulve qui s'étendait vers l'anus, jusques aux cuisses et vers la croupe. Williams a également observé chez la jument 1 cas d'hématome localisé tout le long de la paroi vulvaire avec une infiltration sanguine des tissus, étendue sur une très large surface.

Dans d'autres cas la tumeur s'étend vers la région péri-néo-ischiale (Obs. vétér. n° 1). D'autrefois enfin elle peut avoir comme siège exclusivement la paroi vaginale, ou englober la vulve et le vagin.

Le contenu. — Le contenu de l'hématome est tout au début de sa formation, du sang liquide, qui finit par se coaguler, mettant en liberté le sérum qui se résorbe.

Les caillots qui restent ne tardent pas à s'organiser, ce qui donne au palper une consistance plus ou moins dure de la tumeur à mesure qu'elle vieillit. Le travail de l'organisation s'étend et dans un laps de temps plus ou moins court, des adhérences se forment entre les caillots et les parois des tissus décollés qui les entourent, en sorte que, si après un certain temps on procède à l'incision de la tumeur on trouve de grandes difficultés à décoller ces caillots (V. obs. vétér. n° 1).

Lorsque le volume de l'hématome est petit, le sang diffuse dans les mailles du tissu cellulaire et la résolution est la terminaison habituelle dans ce cas. Quelquefois, même si le sang est enkysté, la résorption se fait lentement et la

tumeur disparaît et il ne reste plus à sa place qu'une induration ou un noyau fibreux qui met plus longtemps à se résorber.

Parfois, les parois de la tumeur s'ulcèrent à la suite de frottement et, comme la poche se trouve distendue, il en résulte une rupture spontanée qui s'accompagne, dans quelques cas, de forte hémorragie. Cette rupture est presque toujours la règle lorsque la tumeur est volumineuse et distendue si l'on n'intervient pas. Nous y reviendrons lorsque nous parlerons de la conduite à tenir.

Enfin dans quelques cas de forte distension de la poche, survient une complication de gangrène de la partie la plus mince de la paroi (Obs. vétér. n° 1), ce qui entraîne des dénudations des tissus de leur enveloppe normale, d'où résultent des cicatrices vicieuses, des communications anormales et des fistules.

SYMPTOMES

I. — Locaux

Nous voyons à la première de nos observations que la présence de l'hématome restait ignorée jusqu'au moment où faisant la toilette de la femme après la délivrance, l'existence d'une tumeur hématique vulvo-vagino-périnéale droite a été constatée.

Il est donc des cas où l'hématome apparaît sans déterminer de troubles apparents. Pas de douleur, pas de gêne, pas de ténesme, etc. Il peut alors passer inaperçu surtout s'il s'agit d'un hématome périvaginal.

Nous croyons que ces hématomes se produisent pendant le travail, et que les signes qui ont accompagné leur formation, avaient été confondus avec ceux qui ont accompagné l'expulsion fœtale.

Nous pouvons aussi admettre une autre explication de ces cas d'hématomes indolents. C'est que la femme peut se trouver dans un état de choc traumatique sans perte de connaissance mais avec perte provisoire totale de la sensibilité. La guerre nous en a donné de nombreux exemples de ce choc traumatique... Mais ces cas qui ne manifestent aucune réaction locale, sont des exceptions, car généralement l'hématome s'annonce dès le début de sa formation, par des douleurs vives, très violentes, avec des irradiations soit vers les cuisses et tout le long du membre correspondant, soit en arrière vers la région lombaire, soit vers les seins, par irradiation réflexe.

D'autres fois, l'accident se manifeste par une pesanteur, une sensation de corps étranger dans le vagin, des fourmillements dans les membres, des crampes douloureuses, des efforts expulsifs et du ténesme vésical et rectal s'accompagnant d'un besoin de pousser.

Voici quelques exemples de signes présentés par les femmes dont nous publions les observations :

Mme L. D... (obs II), douze heures après l'expulsion du fœtus, commence à ressentir des phénomènes douloureux, à la région vulvo-périnéale, douleurs aux seins, envie de pousser, et crampes aux membres inférieurs.

Mme T... (obs. III), aussitôt après la délivrance ressent des douleurs violentes et la sensation produite par le passage d'une tête fœtale.

Mme M. J... (obs. IV), entre l'expulsion fœtale et la délivrance, accuse au niveau de la région vaginale, une vive douleur, déchirante, accompagnée de pesanteur périnéale et envies de pousser. Sa douleur lui arrache des cris.

Mme P. (A... obs. V), trois heures et demie après l'expulsion fœtale, elle commence à geindre, puis à crier. Envies de pousser. Les douleurs vont en augmentant.

Mme de K... (obs. VI), dans les premières heures qui ont suivi l'accouchement, se plaint de douleurs vulvaires qui vont en augmentant et deviennent bientôt intolérables. Elle est agitée et pousse des cris, et porte incessamment la main à la région vulvaire.

Ainsi, nous voyons que dans la presque totalité des cas, une sensation douloureuse plus ou moins vive, accompagnée de pesanteur et de ténésme vésical et rectal, avec des efforts expulsifs, des crampes et des fourmillements, caractérisent l'hématome en train de se constituer.

Les animaux expriment ces mêmes phénomènes douloureux, par des gémissements plaintifs (obs. vét. n° 2), par des signes d'inquiétude. La bête se campe souvent pour uriner (v. obs. vét. n° 3) (ce qui correspond au ténésme vésical de la femme) et tord le train postérieur.

Inspection. — Lorsqu'on procède à l'examen d'une femme qui présente ces symptômes subjectifs après un accouchement, on voit : Assez souvent une ecchymose plus ou moins étendue et propagée à distance au mont de Vénus, au périnée, presque à la racine des cuisses (v. obs. V) et quelquefois jusqu'à la peau de l'abdomen.

Si le sang est épanché, formant une tumeur, on voit, si celle-ci est vulvaire : La vulve déviée du côté opposé à

la tumeur, la muqueuse qui la recouvre violacée ou bleuâtre ou noirâtre. La peau présente des taches ecchymotiques. Il y a cependant des cas où elle ne présente aucun changement de coloration. Parfois elle est lisse, reluisante et on devine à son aspect qu'il existe, à l'intérieur, une tension considérable.

Ordinairement ces hématomes vulvaires présentent, au maximum, des dimensions limitées à celles d'une orange ou d'un poing d'homme.

Palpation. — L'ématome périvulvaire est dur, rénitent et élastique. Il est rare qu'il soit franchement fluctuant. Cette tumeur est irréductible. C'est cet hématome vulvaire qui en se développant fait le plus souffrir et crier la femme.

Les jours qui suivent, si la poche n'est pas rompue, la consistance devient plus ferme, le sang s'est coagulé et le sérum se résorbe. La tumeur devient alors pâteuse et plus dure.

Lorsque l'hématome reste localisé dans le vagin, aucun signe extérieur ne révèle sa présence : il n'est pas visible et peut passer inaperçu si la femme ne ressent que peu ou pas de douleur. Souvent, en effet, il ne s'agit que d'une simple envie d'aller à la selle, à laquelle on ne prête pas attention. Cependant lorsqu'elle s'accompagne d'ecchymoses, ces dernières peuvent être visibles et c'est ce qui attire l'attention.

Le plus souvent ce n'est qu'en pratiquant le toucher vaginal, puis le toucher rectal qu'on établit le diagnostic.

Par le *toucher vaginal*, on trouve généralement une tumeur arrondie, distendue ou plus ou moins fluctuante, sans battements, irréductible. Son grand axe est le plus sou-

vent parallèle à celui du vagin ; sa *consistance* qui peut-être, au début, mollesse, devient de plus en plus ferme.

Le toucher combiné recto-vaginal permet de se rendre compte des dimensions et du siège de la tumeur.

Lorsqu'elle est volumineuse, d'autres signes cliniques peuvent se surajouter à ceux déjà signalés. Ceux-ci sont le résultat de compressions, soit vésicales, soit rectales. Ainsi, du côté du rectum, elles déterminent des épreintes, du ténésme et des fausses envies d'aller à la selle. Si l'hématome siège en avant, il comprime l'urètre et détermine du ténésme vésical, des envies fréquentes d'uriner et quelquefois une rétention d'urine et tout ce qui peut en résulter.

Symptômes généraux

Ils varient d'intensité suivant l'abondance de l'hémorragie ; car ces signes d'état général ne sont autres, en effet, que ceux de l'hémorragie.

Il n'est pas indispensable que l'hématome soit rompu pour que la femme présente des signes d'hémorragie grave et un état un peu inquiétant ; il suffit que la collection sanguine soit volumineuse pour voir se manifester tous les symptômes d'une hémorragie grave avec : facies pâle, tendances syncopales, muqueuses décolorées, pouls faible, filiforme, accéléré.

Mais bien souvent l'état général n'est pas altéré, et si parfois on voit le pouls accéléré dans le cas de petit hématome accompagné de douleurs violentes, il faut mettre cela sur le compte du système nerveux.

Chez les grandes femelles animales, les hématomes puerpéraux présentent un aspect clinique tout à fait semblable à celui de la femme.

La muqueuse vaginale reflète une couleur bleuâtre, violette ou noire, comme cela se voit dans toute ecchymose siégeant sur une partie dépourvue de pigments.

Le toucher également ne présente rien de particulier.

Les signes d'hémorragie grave sont identiques chez toutes les espèces.

La douleur se manifeste chez les animaux par des gémissements plaintifs, un regard triste et facies grippés et quelquefois, les juments frappent le sol par leurs pieds antérieurs.

Evolution

L'hématome est diagnostiqué le plus souvent de la première à la sixième heure qui suit la délivrance, mais parfois le diagnostic se fait avant la délivrance, et dans d'autres cas enfin au cours du travail ou quelques jours après (Thèse Champeau, obs. XI, le cinquième jour). Il acquiert en quelques heures son maximum de volume, puis il reste stationnaire pendant quelques jours.

Les hématomes non opérés se terminent soit, le plus souvent, par la *rupture* spontanée le jour même de leur apparition ou vers le sixième au dixième jour; soit par la *résolution*, ce qui est la terminaison la plus heureuse car alors la tumeur se résorbe et disparaît, laissant à la place un noyau fibreux qui, lui, met assez longtemps à se résorber, soit enfin par la *suppuration*, ce qui n'est pas très

très rare. Dans ce cas, la tumeur devient douloureuse, chaude et tendue, la fièvre s'allume et lorsqu'on ouvre cet abcès il donne lieu à l'écoulement d'un liquide épais de couleur chocolat avec des restes de caillots en suspension. Il y a des cas d'infection, et il y a alors putréfaction des caillots et dégagement des gaz fétides et un état général grave.

PRONOSTIC

Tous les cas signalés par nous et par Champeau au nombre de 24, ainsi que les 4 cas que nous signalons chez les femelles animales, sont terminés par la guérison, malgré les accidents présentés par certains d'entre eux, d'infection (v. obs. vét. n° 3) et de nécrose de la paroi décollée (v. obs. vét. n° 1).

Par ces faits nous sommes autorisé à conclure que l'hématome obstétrical est un accident généralement bénin.

Autrefois cet accident présentait une certaine gravité en raison des procédés et des moyens d'asepsie et d'antisepsie qui laissaient à désirer. L'infection n'était pas longue à s'établir et nous connaissons ses conséquences chez une femme qui vient d'accoucher.

Mais aujourd'hui les précautions d'asepsie écartent les dangers d'infection et c'est pour cela que nous considérons cet accident comme bénin dans la presque totalité des cas, à moins qu'il ne s'agisse d'hématome très volumineux chez une hémophilique où l'hémorragie présente de gros dangers.

Aussi ne faut-il guère tenir compte des statistiques anciennes, qui donnaient une mortalité considérable pour la mère et même pour le fœtus lorsque l'hématome survenait au travail, surtout par complication de septicémie.

Nous ne négligerons pas de signaler qu'il existe encore une complication mortelle, mais extrêmement rare, celle d'embolie pulmonaire. *Loviot* en a observé un cas.

En ce qui concerne les femelles des animaux domestiques, nous croyons devoir envisager l'accident avec un peu plus de gravité, car ici, l'asepsie laisse fortement à désirer. D'ailleurs, le vétérinaire est toujours le dernier que l'on consulte et il n'arrive que lorsque des manœuvres obstétricales plus ou moins intelligentes pratiquées par des incompetents, ont déjà établi l'hématome et l'infection. Mais dans le cas même où le vétérinaire arrive au début du travail il y a une difficulté énorme à opérer aseptiquement sur une litière d'étable ou d'écurie, avec la médiocre antiseptie des lacs, des crochets et des autres instruments de l'obstétrique vétérinaire.

Cependant, nous répétons qu'il s'agit là encore, malgré les risques constants d'infection, d'un accident peu grave, parce que : Les animaux domestiques, surtout les vaches, mais non moins aussi les juments (v. obs. vétér. n° 1 et n° 3) montrent une résistance incroyable à l'infection. On voit souvent, dans des cas extrêmement graves d'infection, la guérison survenir rapidement si on porte de suite des soins de propreté et un traitement propice ; aussi chez ces femelles il ne faut jamais abandonner la partie et ne pas faire prématurément, même dans les cas d'extrême gravité, un pronostic fatal avant de tenter le traitement.

DIAGNOSTIC

1° **L'Hématome vulvaire.** — Est facilement reconnaissable par l'ecchymose qui l'accompagne, car c'est la règle de découvrir sur le périnée d'une femme des traces de diffusions sanguines. Si on tient compte aussi du moment de son apparition, de la rapidité de son développement et des phénomènes douloureux qui l'accompagnent, nous sommes sûr de ne pas nous tromper sur sa nature.

D'ailleurs ce sont les seules tumeurs qui apparaissent ainsi au cours ou à la fin du travail et prennent un aussi rapide développement.

Enfin sa tension, sa consistance et son irréductibilité nous aideront à en reconnaître la nature.

On fera le diagnostic différentiel avec :

a) *La bartholinite aiguë* : qui s'accuse par une tuméfaction douloureuse, avec chaleur et douleur, mais qui est localisée à la partie inférieure de la grande lèvre et qui, par la pression, nous donne du pus phlegmoneux jaune-verdâtre, sanguinolent ;

b) Avec la *bartholinite chronique* : la glande est dure et peu douloureuse et l'expression fait sourdre du muco-pus. L'interrogatoire nous révélera l'existence ancienne.

c) Avec les *paquets variqueux*. Ils existaient avant l'accouchement, sont indolores, et la tumeur qu'ils forment est molle et réductible.

Elle s'efface par la pression.

d) Avec l'*œdème*. Il commence le plus souvent par le

col et augmente progressivement ; il n'est ni tendu, ni douloureux et ne s'accompagne pas d'ecchymoses.

e) Avec la *hernie inguino-labiale étranglée*. Cet accident grave a déjà, paraît-il, causé quelques erreurs de diagnostic.

C'est un accident, en effet, qui peut survenir brusquement et qui est accompagné de douleurs très vives, sous forme de coliques. Sa pression réveille une sensibilité exagérée.

Mais la hernie étranglée est généralement précédée d'une hernie réductible plus ou moins ancienne qui est devenue brusquement irréductible. Elle s'accompagne de rougeur locale et d'empatement mais pas d'ecchymose.

L'interrogatoire et l'examen attentif nous aideront à éliminer cet accident qui est beaucoup plus grave que l'hématome vulvaire.

2° **L'Hématome périvaginal.** — Se reconnaît au toucher.

Lorsque nous sommes en présence d'une femme en travail ou récemment accouchée, avec apparition des douleurs brusques au niveau du vagin, avec ténesme rectal et vésical, avec des ecchymoses périnéales, avec apparition et développement rapide d'une tumeur vaginale à surface violacée, il sera difficile de faire fausse route.

Pour avoir plus de certitude, on pensera à éliminer l'existence d'un *kyste vaginal*, d'un *polype*, d'une *cystocèle*, d'une *rectocèle* et d'une *inversion utérine*.

Les phénomènes généraux qui accompagnent toute hémorragie grave et qui surviennent aussi bien par la formation d'un *hématome* que par *l'inversion utérine* au

moment de la délivrance, peuvent donner lieu à une confusion. Il suffit cependant de pratiquer le toucher avec soin pour différencier la tumeur hématique de celle formée par l'utérus inversé.

En ce qui concerne la *cystocèle*, elle coïncide souvent avec des lésions des voies urinaires inférieures, son volume est généralement faible.

La hernie vésicale augmente de volume par une injection de liquide dans la vessie ; la miction se fait en deux temps, la tumeur occupe la paroi antérieure du vagin et elle ne s'accompagne pas d'ecchymose.

La *colpocèle postérieure* suivie de prolapsus rectal (rectocèle) est très facile à diagnostiquer par le toucher. Elle occupe la paroi postérieure du vagin. Très souvent elle est accompagnée de prolapsus utérin. A part le ténésme rectal qui peut y exister, il n'y a pas de douleurs ni d'autres phénomènes semblables à ceux qui accompagnent l'hématome.

Les *kystes vaginaux* et les polypes, sont des tumeurs qui existent déjà avant l'accouchement. Les symptômes vifs de l'hématome ne s'y voient pas.

On pourrait cependant confondre un hématome avec un kyste vaginal dans le cas où l'examen serait pratiqué très longtemps après la formation de la tumeur, laquelle pourrait alors ressembler à un kyste.

Notre diagnostic, dans ce cas, sera aidé par les commémoratifs.

TRAITEMENT

L'hématome diagnostiqué, quelle doit être notre conduite à tenir?

Opérer? Ne rien faire?

Avant de se rallier à l'une ou à l'autre de ces opinions, nous allons examiner successivement ce qui se passe, si on laisse l'hématome évoluer tout seul, ou si l'on opère.

Nous relèvens dans les 18 observations de Champeau, les faits suivants :

OBS. I. — Hématome petit, ouvert accidentellement par le toucher sans attention de la sage-femme. Irrigations continues. Guérison complète en sept jours.

OBS. II. — Hématome vaginal volumineux, portant obstacle à la délivrance. Non opéré. Le trente-quatrième jour après son apparition l'hématome est diminué de volume, mais n'est pas disparu. Pas de complications.

OBS. III. — Petit hématome. Non opéré. Pansement compressif. Guérison en seize jours.

OBS. IV. — Hématome du volume d'une orange. Tamponnement vaginal. Rupture spontanée le jour même de son apparition. La cavité est lavée et bourrée de gaze iodoformée. Guérison complète par cicatrisation de la plaie en dix-sept jours.

OBS. V. — Hématome vaginal, du volume d'un œuf de poule. Non opéré. Absorption progressive. Le treizième jour la femme sort en bon état.

OBS. VI. — Hématome en voie de formation. Pansement compressif. Le dixième jour la patiente est en bon état.

OBS. VII. — Hématome du volume d'une orange. Non opéré. Vingt jours plus tard la tumeur est dure et du volume d'une

mandarine. Le vingt-sixième jour la diminution de volume est plus marquée, mais l'hématome n'a pas disparu complètement.

OBS. VIII. — Hématome qui augmente graduellement. Le quatrième jour, rupture spontanée qui donne lieu à une évacuation de 220 grammes de caillots. Irrigation avec une solution de biiodure de mercure et tamponnement avec de la gaze iodée.

Guérison complète le vingt-sixième après sa formation.

OBS. IX. — Hématome volumineux (manque de renseignements sur son évolution et son traitement).

OBS. X. — Hématome vulvo-vaginal, du volume d'une mandarine. Non opéré. Ouverture spontanée, le huitième jour de son apparition. Huit jours après sa rupture, la cicatrisation est complète.

OBS. XI. — Hématome vaginal du volume d'un œuf de poule. Tamponnement vaginal. Treize jours plus tard, l'hématome est en partie absorbé et n'a plus que la grosseur d'un œuf de pigeon. La femme présente des phénomènes douloureux les quatre premiers jours.

OBS. XII. — Hématome vulvaire du volume d'une mandarine. Il se rompt spontanément avant la délivrance. Guérison en onze jours.

OBS. XIII. — Hématome qui se rompt spontanément le jour même de son apparition. Compresses vaginales. La guérison est complète le vingtième jour.

OBS. XIV. — Hématome vulvaire du volume d'un œuf de poule. Il s'infecte vers le neuvième jour, et le seizième jour se rompt spontanément. Injections antiseptiques fréquentes ; dix-huit jours après sa rupture, la guérison est complète malgré l'intervention des phénomènes infectieux.

OBS. XV. — Hématome vaginal du volume d'un poing d'homme. Vingt jours après, l'hématome n'est résorbé qu'en partie.

OBS. XVI. — Hématome vulvaire du volume d'une mandarine à augmentation progressive. Tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée. Rupture spontanée le lendemain et signe d'hémorragie. Evacuation et tamponnement de la poche. Cicatrisation complète en dix jours.

OBS. XVII. — Hématome vaginal de volume d'un gros œuf. Tamponnement compressif. Dix jours plus tard, la femme quitte la clinique en bon état.

OBS. XVIII. — Hématome vulvo-vaginal. Non opéré. Ouverture spontanée huit jours après son apparition. Pansement compressif avec de la gaze iodoformée. Guérison rapide.

Voici d'autre part ce que nous relevons dans ces observations :

OBS. I. — Hématome vulvo-vaginal. Non opéré. Ouverture spontanée six jours après sa formation. Pansement aseptique. Le vingt-et-unième jour, la guérison est complète.

OBS. II. — Hématome vaginal. Non opéré. La femme souffre pendant sept jours. Dix-neuf jours plus tard, elle quitte la clinique avec une masse indurée qui persiste. Pendant plusieurs mois elle continue à avoir des troubles du côté de ses organes génitaux externes. Examinée seize mois plus tard elle déclare avoir souffert beaucoup, tantôt spontanément, tantôt du fait de la fatigue, et qu'elle sent encore de la pesanteur lorsqu'elle reste longtemps assise.

OBS. III. — Hématome vulvo-vaginal de la grosseur d'une tête fœtale, avec tendance à augmenter de volume. Incision. On vide la poche de 470 grammes des caillots. Lavage aniodolé. Toucher à la teinture d'iode. Tamponnement. Cicatrisation complète en douze jours.

OBS. IV. — Volumineux hématome vaginal. Non opéré. Rupture spontanée le dixième jour. Irrigation. Pansement

compressif. Cicatrisation complète le quatorzième jour après sa rupture.

OBS. V. — Hématome vulvo-vaginal assez volumineux. Non opéré. Rupture spontanée de la poche le cinquième jour de son apparition. Evacuation des caillots suivie d'une injection aniodolée. Un mois plus tard la guérison est complète.

OBS. VI. — Hématome vulvo-vaginal assez volumineux. Incision immédiate et évacuation de la poche, suivie de lavage à l'eau bouillie chaude et tamponnement aseptique. Guérison en huit jours.

OBS. VÉTÉRINAIRE N° 1. — Hématome vulvo-vaginal du volume de deux têtes d'homme adulte. Incision un mois après sa formation, les caillots étaient organisés et adhérents à la paroi de la poche. Complication de nécrose de cette paroi vaginale. Excision des parties nécrosées et fumigations des parties dénudées avec de la poudre de charbon. Pas d'injection. Guérison rapide.

OBS. VÉTÉRINAIRE N° 2. — Hématome du volume d'une tête fœtale. Incision le quatrième jour après son apparition. Guérison très rapide. Pas d'infection.

OBS. VÉTÉRINAIRE N° 3. — Double hématome vaginal chacun du volume d'un poing d'homme. Ouverture spontanée de deux tumeurs. Elles étaient infectées et leur contenu, putréfié et fétide. Evacuation suivie de lavages antiseptiques. Malgré l'infection, guérison en trente jours.

OBS. VÉTÉRINAIRE N° 4. — Hématome volumineux incisé. Guérison très rapide.

En résumé, ces faits cliniques nous montrent que sur 21 cas d'hématome puerpéral, *non opérés* :

11 se sont ouverts spontanément et 1 accidentellement, mais tous se sont cicatrisés très rapidement.

8 ne se sont pas rompus. Il y avait de résorption mais

lente, et malgré le petit volume de ces tumeurs non ouvertes, toutes les femmes sont sorties de la clinique portant encore leur hématome en partie seulement résorbé. Dans l'un de ces cas, la femme examinée seize mois plus tard, se plaignait encore des reliquats désagréables.

Enfin 1 cas d'hématome en voie de formation fut complètement guéri par un simple pansement compressif.

Tous ces cas non opérés, ont présenté, des phénomènes douloureux qui faisaient souffrir les patientes les premiers jours suivant l'apparition de la tumeur.

Nous ne signalons que deux cas seulement d'hématome opérés d'emblée, et chose à remarquer leur guérison fut très rapide et sans complication aucune. Les 4 cas également que nous signalons chez les femelles animales, ont été incisés, et la guérison pareillement fut rapide malgré les complications présentées par deux d'entre elles : chez l'une, nécrose de la paroi décollée, chez l'autre infection, complications dans lesquelles l'incision n'était certainement pour rien.

Or, ceci dit, quelle conduite devons-nous tenir en présence d'un hématome obstétrical ?

I. D'une manière générale l'asepsie et l'antisepsie rigoureuses sont de règle.

II. Dans le cas d'hématome en voie de formation dès le début, il n'y a qu'une seule conduite à tenir, c'est le tamponnement compressif local et surtout aseptique. Notre but dans ce cas est de tâcher d'enrayer son développement. Il ne faut pas commettre l'erreur de chercher à ligaturer les vaisseaux qui saignent.

III. La conduite du médecin en présence d'un héma-

tome diagnostiqué après la délivrance, se règle sur les circonstances :

a) Si l'hématome est petit, dont le volume ne dépasse pas celui d'un œuf de poule, et s'il n'y a pas de tendance à augmenter de volume ni tension exagérée, celui-ci, abandonné à lui-même, se résorbera au cours du post partum. On se contentera alors de protéger sa surface par un léger pansement contre les insultes mécaniques qui pourraient causer sa perforation ;

b) Si la muqueuse décollée est tendue et amincie avec menace de se sphacéler, mieux vaut ne pas attendre le sphacèle et peut-être aussi l'infection, l'incision dans ce cas et l'évacuation de la poche suivies de tamponnement compressif, sont indiquées ;

c) Enfin si la tumeur est plus ou moins volumineuse avec tendance à se développer rapidement avec signes de shock hémorragique, il faut inciser sans attendre et tamponner aseptiquement (comme à l'obs. III).

En ce qui concerne la vache et la jument, vu leur résistance à l'infection, nous ne voyons aucun inconvénient à procéder à l'incision de la tumeur et au tamponnement compressif. Nous nous permettons de condamner vivement les procédés d'antisepsie trop fréquemment employés en médecine vétérinaire (voir : les solutions crésylées et d'acide phénique).

S'il y a lieu de faire une injection de la poche hématique, nous conseillons purement et simplement l'eau bouillie chaude, et si c'est nécessaire on pourra en plus faire un toucher de la cavité à la teinture d'iode récemment préparée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Clinique Baudelocque, n° 1266 de l'année 1919.

Date d'accouchement. Le 4 octobre à 19 h. 30.

Mme A. T., âgée de 26 ans, parfumeuse, I-pare (Gestation gemellaire).

ANTÉCÉDENTS

a) *Héréditaires*. — La mère a eu une seule gestation qui était une gestation gemellaire.

b) *Physiologiques*. — Premières règles à l'âge de 12 ans, durée des règles 4 jours.

c) *Pathologiques*. — Rien.

d) *Obstétricaux*. — I-pare.

GESTATION ACTUELLE

D. R. du 10 au 14 janvier 1919.

Présentation et position : O. I. D. P.

Bruits du cœur normaux.

Urines. — Pas d'albumine.

Pas d'accidents ni de complications au cours de la gestation.

ACCOUCHEMENT

Le 4 octobre. — A 4 heures. — Rupture prématurée des membranes.

A 14 heures. — Apparition de vives douleurs de contractions utérines.

A 16 heures. — La femme s'est présentée à la Clinique, elle y est admise et entre de suite à la salle de travail. On lui fait immédiatement 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

Toucher. — Dilatation de 5 francs, tête mal fléchie.

On sent la fontanelle antérieure, presque au milieu de l'excavation et un peu à droite. La suture sagitale est oblique en bas et à gauche.

Bruits du cœur fœtal, normaux.

Température, 37°3.

Œdème des membres inférieurs.

Pas d'albumine dans les urines.

A 19 h. 15. — La dilatation est complète, la fontanelle antérieure est presque au centre de l'excavation et un peu rapprochée du pubis. La suture sagitale est antéro-postérieure.

La femme pousse mal et est indocile.

19 h. 30. — Expulsion spontanée d'un fœtus de 1.720 grammes du sexe féminin, en O. S. Rotation à gauche.

Déchirure du périnée.

Immédiatement après l'expulsion du fœtus, a été soupçonnée la présence d'un deuxième fœtus, ce qui a été vérifié par la palpation. On fait la ligature du cordon et on laisse une pince sur l'extrémité placentaire.

Le B. fœtus se présente par le sommet, dos à droite.

Au toucher. — On sent une tête qui s'engage mal, fléchie. On perçoit la fontanelle antérieure au centre de l'excavation.

A 19 h. 45. — Expulsion spontanée du deuxième fœtus en occipito-sacré. Rotation à droite, d'un garçon de 2.500 grammes.
rée totale du travail 5 h. 45.

Durée de la période d'expulsion 15 minutes pour chacun des fœtus.

Délivrance. — Une heure après l'expulsion du deuxième fœtus par traction et expression combinées.

Le placenta est unique, de forme discoïde, d'un poids de 700 grammes.

Les membranes sont complètes à cloison médiane, deux amnios et deux chorions (Bi-ovulaire).

Le cordon. — Le premier, insertion velamenteuse sur la cloison, à deux centimètres environ du bord supérieur.

Le deuxième s'incère sur le bord supérieur.

Etats des enfants. — Naissance à terme, le premier une fille de 1.720 grammes ; le 2^e un garçon de 2.500 grammes.

Pour les deux en bon état général.

Diamètres de la tête :	A°	B°
	O. M. : 11,6	11,6
	O. F. : 10,4	11,1
	S. O. B. : 8,4	9,5
	Bi. P. : 9	8,7
	Bi. T. : 7,5	7,1

HISTOIRE DE L'HÉMATOME

Tout de suite après la délivrance, en faisant la toilette de la femme, a été constaté, en dehors de la déchirure du périnée, un hématome vagino-vulvo-périnéal, localisé à droite.

Sur la grande lèvre droite on constate aussi une ecchymose large.

Au toucher, on sent la tumeur remontée 5 centimètres environ sur la paroi vaginale droite.

La réparation du périnée n'a pas été faite.

Etat général. — Pouls 116 qui se maintient assez élevé. On fait 5 centimètres cubes d'huile camphrée.

Etat de l'utérus, normal.

Traitement de l'hématome : pansement aseptique.

Evolution de la tumeur :

Le 5 octobre. — Temp. le matin 36°5, le soir 37°2. Pouls 80

Le 6 octobre. — T. le matin 37° Pouls 92 T. Soir 37°6 Pouls 88

Le 7 — T. — 37°5 » 92 » 37°6 » 92

Le 8 — T. — 37°8 » 108 » 38°2 » 108

Le 9 — T. — 37°8 » 100 » 38°3 » 107

Le 10 — T. — 38° » 112 » 38°4 » 112

Ouverture spontanée de la poche hématique par sa paroi vaginale et écoulement de caillots et de liquides teintés. Pansement antiseptique.

Le 11 octobre, éruption sérique. T. 38°1, Pouls 100.

Le 12 octobre, éruption sérique. T. 38°2, Pouls 100.

Le 13 octobre, l'éruption diminue. Persiste à s'écouler un liquide séro-sanguinolent.

Température : 38°. Pouls 104.

Le 14 octobre. — *Id.*

Le 15 octobre. — Fin de l'éruption sérique.

Le 16 octobre. — Il n'y a plus d'écoulement de la cavité de l'hématome, qui se cicatrise rapidement.

La femme quitte la clinique le 25 octobre en très bon état.

OBSERVATION II

(Clinique Baudelocque, année 1919).

Mme D. L..., 27 ans, I-pare.

Elle a accouché en ville le 10 mai 1919.

ANTÉCÉDENTS

a) *Héréditaires*. — Rien.

b) *Physiologiques*. — Ses règles n'étaient jamais abondantes, et d'une durée de trois jours seulement. Date des premières règles à 13 ans, toujours régulièrement.

c) *Pathologiques*. — Nul.

d) *Obstétricaux*. — I-pare

GESTATION ACTUELLE

D. R. du 7 au 9 août 1918.

Evolution de la gestation : Normale.

Urines. — Pas d'albumine.

ACCOUCHEMENT

Le 9 mai, à 21 heures, ayant senti ses premières douleurs, elle se présente à la clinique Baudelocque où elle perd ses eaux.

A l'examen. — H. U. 31. O. I. D. P. Enfant vivant. B. d. c. Normaux. Les membranes venaient de se rompre.

Elle est envoyée de suite chez la sage-femme agréée Mme Cocharts Bargerou, où elle a terminé son accouchement normalement, le lendemain 10 mai à 14 heures d'un enfant vivant, de 2.500 grammes. Garçon.

Durée totale du travail : 14 heures.

HISTOIRE DE L'HÉMATOME

Le 11 mai, à 2 heures, c'est-à-dire douze heures après l'expulsion du fœtus, la femme a commencé à ressentir des phénomènes douloureux à la région vulvo-périnéale.

Elle sent également des douleurs dans les veines, des envies de pousser et des crampes douloureuses dans la jambe gauche.

A 6 heures. — L'examen externe ne révèle rien d'anormal.

A 8 heures. — On ne voit qu'une petite ecchymose.

A midi. — On amène la patiente à la clinique Baudelocque. Elle ne présente pas de tendances syncopales. Elle se plaint toujours de douleurs vives, de crampes dans les membres inférieurs, et d'envies de pousser.

Le 12 mai, à 10 heures, M. Couvelaire, procède à l'examen de la femme... Les douleurs qui étaient vives et déchirantes au début, ont un peu diminué depuis.

Il révèle : Une ecchymose très étendue de la fesse et de la grande lèvre gauche. Un peu de tension à ce niveau et les limites de cette tension sont les mêmes que celles de l'ecchymose. Il y a aussi un peu de tuméfaction de la grande lèvre gauche.

Par le toucher. — Il révèle une masse tendue sur la partie gauche du bassin. Au fur et à mesure que le doigt remonte, la tuméfaction est plus volumineuse. Il s'agit d'un hématome plutôt vaginal que vulvaire.

Le 13 mai. — La femme va mieux. Les lochies sont bonnes. On lui donne du thé.

Le 14 mai. — Bon état général, pas de fièvre, pas de douleurs, la défécation est facile mais la miction reste pénible.

Le 15 mai. — Douleurs latéro-utérines bilatérales. On lui met de la glace sur le ventre.

Le 16 mai. — Ces douleurs persistent. Dans la nuit, la femme sent des élancements, au niveau des ecchymoses. Pas d'intervention.

L'examen du cœur, révèle un souffle méso-systolique, sans propagation axillaire.

Le 18 mai. — Les élancements persistent encore.

Le 19-20-21 et 22 mai. — Il y a encore des phénomènes

douloureux dans la région anale. L'ecchymose vulvo-périnéale paraît diffuse et sans tension.

Le 26 mai. — L'ecchymose est presque complètement disparue, mais il persiste une grosse masse vaginale indurée qui dévie la lumière vaginale vers la droite.

Du 26 mai au 1^{er} juin. — La masse est un peu diminuée de volume.

La femme quitte la Clinique le 1^{er} juin dans un état satisfaisant.

16 MOIS PLUS TARD

Le 9 septembre 1920, c'est-à-dire seize mois environ après son accouchement qui fut compliqué d'hématome, la femme convoquée par M. Vignes, se présente à la Clinique Baudelocque, et donne les renseignements suivants :

Elle a allaité son enfant au sein de façon très satisfaisante.

Elle a eu son retour de règles huit mois après l'accouchement.

Elle dit avoir souffert beaucoup depuis sa sortie de la Clinique, par les reliquats de son hématome, tantôt spontanément, tantôt du fait de la fatigue.

Elle ressentit des phénomènes douloureux jusqu'en juillet 1920 (c'est-à-dire 13 mois après son accouchement).

Actuellement, lorsqu'elle se fatigue, elle sent encore une pesanteur périnéale, lorsqu'elle reste très longtemps assise, mais elle n'a jamais souffert lors des rapports sexuels. M. Vignes procède à l'examen des organes génitaux, et constate ce qui suit :

1° *Le vagin* est court, on arrive très rapidement sur le col utérin. Il ne semble pas qu'il y ait là un prolapsus, mais bien une brièveté du vagin, comme cela se voit dans l'hypoplasie génito-congénitale ;

2° *Le col utérin*, présente deux déchirures, une à la lèvre postérieure, et une à la commissure gauche ;

3° *Le cul-de-sac vaginal* gauche est absolument effacé, alors que le cul-de-sac vaginal droit est plus profond.

4° *L'utérus* est latéroversé du côté gauche formant avec la ligne médiane un angle de plus de 45 centimètres.

5° *Les releveurs de l'anus* : le *droit*, présente un bord antéro-postérieur sans déchirure, mais ce bord est extrêmement mince. Le muscle est très peu étoffé. *Le releveur gauche*, présente une encoche très appréciable, allant depuis les insertions rétro-vaginales, jusqu'aux insertions obturatrices. Il décrit une concavité régulière très profonde et telle qu'il faut aller le chercher au voisinage de ses insertions à la paroi pelvienne latérale.

OBSERVATION III

(Clinique Baudelocque, n° 1016 bis, 18 juin 1920.)

Mme T... II-parè. Accouchée en ville.

ANTÉCÉDENTS

a) *Héréditaires*. — Rien.

b) *Physiologiques*. — Durée des règles 3 jours. Douloureuses au début.

c) *Pathologiques*. — Vers l'âge de 21 ans, la femme aurait été atteinte de scarlatine à la suite de laquelle elle eut de l'albumine dans les urines, 2 grammes environ, et à cause de cela, elle s'est fait soigner pendant une année. Elle a toujours conservé des traces d'albumine dans ses urines.

d) *Obstétricaux*. — Le 17 juillet 1919, elle a eu interruption de sa première gestation, pour cause ???, au 3^e mois.

GESTATION ACTUELLE

D. R. du 7 au 10 septembre 1919.

Evolution de la gestation : Normale.

Urines. — Examinées 15 jours avant l'accouchement, elles présentaient 1 gramme d'albumine.

ACCOUCHEMENT

Premières douleurs, le 17 juin à 23 heures.

La femme paraît être à terme.

Présentation. Sommet.

Le 18 juin à 4 heures. — Accouchement spontané d'un enfant de 2.950 grammes.

Durée totale du travail 5 heures.

Délivrance. — Naturelle et totale, 30' après l'expulsion du fœtus. Entre l'accouchement et la délivrance, la femme a quelques contractions utérines normales.

HISTOIRE DE L'HÉMATOME

Aussitôt après la délivrance, la femme commence à éprouver des douleurs violentes au niveau de la région vaginale. Elle éprouve, en même temps, une sensation analogue à celle causée par le passage d'une tête fœtale.

A 5 heures, un médecin appelé, conseille d'envoyer la femme à l'hôpital. Elle arrive à la Clinique Baudelocque à 6 heures.

De 6 à 10 heures, l'état général de la femme ne s'est que très peu modifié. Elle est pâle et se plaint de douleurs de plus en plus vives.

A 10 h. 30', M. le professeur Couvelaire examine la femme et il constate ce qui suit :

L'orifice vulvaire entr'ouvert, laisse voir une tumeur de la dimension d'une tête fœtale, du côté de la paroi latérale gauche du vagin. Pas d'ecchymoses.

Le toucher : montre que cette tumeur est très tendue, et fait bomber légèrement la région périnéale. Le doigt pénètre dans un couloir, contre la paroi latérale du bassin. On note des varices très développées aux membres inférieurs.

M. Couvelaire pose le diagnostic d'un hématome obstétrical. Et comme il était très tendu et présentait des signes d'augmentation progressive de volume, il décide d'intervenir de suite.

La femme préparée, M. Couvelaire fait une incision au niveau de la partie qui menace d'éclater, immédiatement en dehors de l'orifice vaginal, qui lui permet d'évacuer la poche de 470 grammes de caillots, puis après lavage au iodolé de la cavité et toucher avec teinture d'iode, il fait un tamponnement aseptique.

A 11 heures, c'est-à-dire presque immédiatement après.

l'opération, la femme se sent mieux, ses lèvres sont moins décolorées. Pouls 112.

On lui fait 500 grammes de sérum physiologique et 60 grammes de sérum antistreptococcique.

A 12 h. 30', l'état général est bon. La patiente est tranquille. Le pouls est à 92 et la temp. 38°2.

Le 19 juin. — Temp. 38° le matin et 38°8 le soir. Pouls 107.

Le 20 juin. — On remplace la mèche, après avoir fait une injection aniodolée de la cavité. T. 37°8 à 38°5. P. 90.

Le 21 juin. — Temp. 37°7 à 38°8. Pouls 110.

Le 22 juin. — Les lochies sont fétides. Leur examen microscopique révèle la présence des nombreux streptocoques. On pratique des injections vaginales à l'eau bouillie chaude et aniodolée. Changement du tampon. T. matin 38°5 et le soir 39°5. Le pouls est de 92 à 120.

Le 23 juin. — Lochies encore fétides. Temp. le matin 38°5 et pouls 108, le soir T. 39°1 et P. 105.

Le 24 juin. — T. 38°, le soir 39°4. Pouls 110.

Le 25 juin. — T. 37°7, P. 90. Le soir T. 39°, P. 110.

Le 26 juin. — T. 37°3 à 38°7. Pouls 90.

Amélioration sensible

Le 27 juin. — T. 37°2 à 38°5. P. 85 à 100.

Le 28 juin. — T. 37°3 à 38°4. P. 88 à 90.

Le 29 juin. — T. 37°2 à 38°4. P. 85 à 87.

Le 30 juin. — T. 37°1 à 37°5. P. 80.

Les lochies sont redevenues normales. L'état général va de mieux en mieux. L'hématome se cicatrise rapidement et la femme quitte la Clinique le 13 juillet dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION IV

(Clinique Baudelocque, n° 761 de l'année 1920.)

Date de l'accouchement : le 1^{er} mai à 15 h. 40'.

Mme J. M... Coiffeuse. III gestations.

ANTÉCÉDENTS

a) *Héréditaires*. — Père éthylique, suicidé. Mère vivante.

b) *Physiologiques*. — Premières règles à 11 ans 1/2. Durée 4 jours.

c) *Pathologiques*. — Elle a eu des bronchites nombreuses avec toux sèche sans expectoration, mais son état général était toujours bon. En 1910 elle a eu des angines phlegmoneuses à répétition et une amygdalite double.

d) *Obstétricaux*. — Première gestation, il y a 10 ans environ (elle ne se rappelle pas au juste si c'était en 1909 ou 1910), terminée par un avortement de 3 mois, avec une complication d'hémorragie tardive (10 jours plus tard), à la suite de laquelle, elle a subi un curetage utérin à l'hôpital *Bichat*.

Deuxième gestation en 1913, terminée également par un avortement au cours du 2^e mois, suivi d'hémorragie.

GESTATION ACTUELLE

D. R. du 2 au 6 août.

Présentation et position O. I. G. A.

B. d. c. fœtal, normaux.

Urines. — Pas d'albumine.

Accidents et complications. — Au cours du 3^e mois, la femme a perdu du sang, pendant 10 jours. Cette hémorragie a cessé par le repos absolu au lit. Depuis tout s'est bien passé, jusqu'au 30 avril à minuit, où elle a eu une hémorragie abondante (au lit de la malade), qui a duré 15' environ. Le lendemain, 1^{er} mai à 6 heures, elle a eu une nouvelle hémorragie mais moins abondante.

ACCOUCHEMENT

La femme est arrivée à la Clinique Baudelocque en ambulance, le 1^{er} mai à 6 heures, et est examiné de suite par M. Vignes.

Présentation et position : O. I. G. A. Sommet engagé.

Etat des membranes : elles sont rompues.

Etat du col : long.

Bassin : normal.

B. d. c. fœtal : normaux.

Pouls de la femme 100. Tempér. 37°.

La femme ne perd pas de sang au moment de l'examen.

A 14 h. 50. — Son pouls se maintient à 100. La femme a perdu une quantité notable de sang.

Contractions utérines fréquentes.

B. d. c. fœtal : normaux.

La dilatation du col est de 5 francs. Tête engagée en O.I.G.A.

Par le toucher on sent sur la paroi gauche du vagin un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon.

La dilatation progresse rapidement, il y a écoulement d'un liquide teinté.

Début du travail. — Le 1^{er} mai à 10 h. 30.

Elle est entrée à la salle de travail à 10 heures. La dilatation est complète à 15 h. 20.

Durée de la période de dilatation 4 h. 50.

Période d'expulsion. — Dégagement en G. A.

Expulsion spontanée d'une fille de 2.330 grammes à 15 h. 30.

Durée de la période d'expulsion 20 minutes.

Durée totale du travail 5 h. 10.

Le périnée est légèrement déchiré.

Présence d'un hématome vaginal.

Délivrance. — Extraction simple du placenta, à 16 h. 40, c'est-à-dire une heure après l'accouchement.

Etat de l'enfant. — La naissance paraît être prématurée. C'est une fille de 2.330 grammes.

Etat du placenta. — Forme discoïde. Poids 500 grammes, membranes complètes. Insertion paracentrale du cordon qui est d'une longueur de 44 centimètres.

HISTOIRE DE L'HÉMATOME

Une demi-heure environ après l'expulsion fœtale et avant la délivrance la femme accuse au niveau de la région périvaginale, une très vive douleur déchirante, accompagnée d'une sensation de pesanteur dans la région périnéale. Cette douleur s'accom-

pagne de ténésme et augmente progressivement. La femme crie.

Un examen fait par Mlle Huntzbuchler, révèle la présence d'un hématome périvaginal, à la paroi latérale droite. Quelques minutes après a eu lieu la délivrance sans aucune difficulté.

Evolution. — L'hématome remonte assez haut, le long de la paroi vaginale, et il est d'une petite tête fœtale. Il n'a pas été fait de séparation du périnée.

A 18 heures. — L'hématome n'a pas augmenté de volume. Sa tension n'était pas très grande.

Tamponnement simple. Pas d'intervention.

Le 2 mai. — Légère élévation de la température 37°7 qui n'est pas attribuée à l'hématome.

Du 3 au 9 mai. — Très petite température sans importance (le 3 mai T. 37°5, le 6 et 7 mai T. 38°, le 8 mai T. 37°5).

Le 10 mai. — Ouverture spontanée de l'hématome. T. 38°. La garniture de la femme est souillée de sang et de caillots. L'examen révèle que la poche sanguine est vide et effacée. L'orifice de la rupture est assez large et est situé assez bas près de la vulve.

On fait une irrigation vaginale antiseptique et tamponnement compressif.

Le 11 mai. — Temp. 37° à 38°. Pouls de 80 à 100

Le 12 mai. — — 38°3 — 100

Le 13 mai. — — 38°5 — 100

Le 14 mai. — — 38°3 — 80

Présence d'un petit abcès sous-aréolaire.

Pansements chauds.

Le 15 mai. — Incision de l'abcès. T. 38°5.

Le 16 mai. — T. 37°9. P. 90. Pas de complications d'infection générale.

Le 17 mai. — T. 37°7. Pouls 90.

Le 18, 19 et 20 mai. — La température oscille autour de 37°5. Pouls 80.

La femme est sortie de la Clinique le 24 mai en très bon état. L'hématome était cicatrisé presque complètement.

OBS. V (Année 1920)

*Observation recueillie en ville et due à l'obligeance de
M. le Dr H. Vignes, accoucheur des Hôpitaux*

Mme P... A., 27 ans, 1-pare.

ANTÉCÉDENTS

a) *Héréditaires.* — Nuls.

b) *Physiologiques.* — Premières règles à l'âge de 15 ans.
Durée de 2 jours à la fois. Douloureuses le premier jour.

c) *Pathologiques.* — Pas de maladies d'enfance. A l'âge adulte un souffle cardiaque ?? pour lequel on lui avait prescrit de l'arsenic et de la digitale, et on lui avait recommandé aussi de ne pas avoir d'enfants dans les premières années de son mariage.

d) *Obstétricaux.* — 1-pare.

GESTATION ACTUELLE

Mariage au début d'octobre 1918.

D. R. du 9 au 11 novembre 1919. Quelques vomissements.

Le 30 novembre. — Utérus globuleux.

Le 19 février. — H. U. 7 centimètres.

Le 8 mars. — H. U. 11 centimètres.

Le 22 février. — H. U. 27 centimètres.

Présentation et position: O. I. G. A.

Le 29 juillet. — Perte des eaux à 23 heures.

ACCOUCHEMENT

La femme a ressenti les premières douleurs le 30 juillet à midi.

Le 30 juillet, à 16 heures. — Col en voie d'effacement. Le sommet est engagé en G. A.

De 17 à 18 heures. — Arrêt des douleurs.

A 18 heures. — Les douleurs reprennent et se succèdent

régulièrement toutes les 5 minutes jusqu'à la fin de l'effacement, y compris la période de l'expulsion.

Pendant toute la période de la dilatation la femme geint volontiers et se décourage, cependant la dilatation marche assez vite et à minuit 30 elle est complète.

On essaie de faire pousser la femme mais celle-ci très peu courageuse n'y apporte aucune énergie.

Le 31 juillet à 1 h. 30. — Modification de B. d. c. M. Vignes procède alors à une application de forceps en G. A. facile à corriger manuellement. Faute d'aide, cette application est faite sans anesthésie générale. Au moment du dégagement, il se produit une déchirure périnéale de moyenne étendue.

Délivrance. — Spontanée et complète à 2 h. 45 avec 6 douleurs de délivrance.

Nota. — La chambre étant très mal éclairée à cette heure tardive de la nuit, M. Vignes remit au matin la réparation du périnée.

HISTOIRE DE L'HÉMATOME

Vers 5 heures du matin c'est-à-dire 3 h. 1/2 environ après l'expulsion foetale, la malade commence à geindre puis à crier. Elle a envie de pousser. L'examinant quelques minutes plus tard, M. Vignes constata un gonflement de l'entrée du vagin et de la paroi vaginale gauche. Celui-ci oblitère presque complètement la déchirure périnéale.

Les douleurs étant très vives, une injection de morphine fut pratiquée.

A 8 heures. — La malade est calmée par la morphine et repose. La séparation du périnée n'a pas été faite étant donnée l'attrition causée par l'hématome.

Le 31 juillet, au soir. — La femme souffre peu. On lui prescrit 0 gr. 50 d'aspirine ce qui suffit à calmer les douleurs. Tamponnement vaginal.

Le 1^{er} août. — Apparition d'une ecchymose sur la fesse gauche. T. 37°2 à 37°6.

Le 2 août. — T. 37°3 à 37°6.

Le 3 août. — T. 37°6 à 38°2.

Le 4 août. — T. 38 degrés le matin.

A midi la patiente a un frisson et la température monte à 39 degrés.

M. Vignes venu dans l'après-midi, constate qu'au niveau de la déchirure périnéale qui était d'ailleurs en voie de cicatrisation, suinte un petit caillot noir. Il écarte soigneusement les lèvres de la plaie périnéale et voit un orifice qui s'ouvre dans cette plaie au point où elle se continue avec la déchirure vaginale. Il débriide cet orifice, et y introduit un doigt ganté et vide la poche de très abondants caillots, dont certains sont assez laborieux à extraire étant adhérents aux parois de la cavité. Le sac est très profond, allant latéralement jusqu'à la paroi pelvienne et se prolongeant en arrière jusqu'à la paroi postérieure de l'excavation sacrée et l'échancrure sciatique.

Il a été fait une injection savonneuse dans la cavité, suivie d'une injection aniodolée. Ces injections ont été continuées par la garde de la malade, trois fois par jour.

Au soir la malade se sentait bien soulagée. T. 38°3.

Le 5 août. — T. 39°1 le matin et 40° à 19 heures.

Le 6 août. — T. 38°2 le matin et 38°2 le soir.

Le 7 août. — T. 37°8 le matin et 38°6 le soir avec un petit frisson. M. Vignes introduisit un petit drain gros comme le doigt, qu'on retire trois fois par jour pour faire le lavage de la cavité.

Du 7 au 14 août. — La température oscille entre 37°6 et 39°, en descendant progressivement et régulièrement chaque jour.

Du 15 au 21 août. — La température se maintient aux environs de 37° et 37°5.

Le 1^{er} septembre. — Les drains sont supprimés complètement, mais on continue à faire des lavages antiseptiques de la cavité deux fois par jour.

Le 9 septembre. — La cicatrisation de l'hématome est presque complète. Dans la soirée, M. Vignes a procédé à un minutieux examen des organes génitaux de la femme, ce qui lui a permis de faire les constatations suivantes (comme dans le cas de Mme D..., obs. II) qu'il avait examinée le matin même :

1° *Le vagin*, est court et on atteint le col à une distance d'une phalange et demie à partir de l'orifice vaginal;

2° *Le col* ne présente pas de déchirures notables;

3° *Le cul-de-sac vaginal droit* est plus profond que le gauche qui est complètement effacé;

4° *L'utérus* est petit et latéroversé du côté gauche de façon notable;

5° En essayant de faire contracter les *releveurs de l'anus*, on constate que ceux-ci sont à peu près inexistants. A droite, on sent vaguement que quelque chose se contracte mais on ne peut pas délimiter leurs bords, alors qu'à gauche ils sont absolument inexistants.

OBS. VI (année 1919). — *Observation recueillie en ville, due à l'obligeance de M. L. Cleisz, chef de clinique.*

Mme De K..., 68 ans, I-pare.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques.

GESTATION ACTUELLE

D. R. du 24 au 30 juin 1918.

En mars 1919. — Tête profondément engagée. Dos à droite.

B. d. c. fœtal, normaux.

Urines. — Normales.

Pas d'accidents ni de complications.

ACCOUCHEMENT

Premières douleurs, dans la fin de la nuit du 31 mars au 1^{er} avril 1919.

Rupture précoce des membranes à 20 heures.

Grande lassitude. Douleurs expulsives très paresseuses.

A 22 heures. — La tête commence à apparaître à la vulve.

A 22 h. 10. — Application de forceps en O. P. pour modification de B. d. c. Extraction d'un garçon vivant de 3.380 gr.

Délivrance. — Naturelle et complète au bout de 30 minutes d'un placenta de 595 grammes. Volumineux caillot entre l'amnios et le chorium. Caduque épaissie.

L'utérus se contracte mal.

Déchirure complète du périnée n'intéressant pas le sphincter.

HISTOIRE DE L'HÉMATOME

Dans les premières heures qui ont suivi l'accouchement, la femme se plaint de douleurs dans la région périvulvaire, qui vont en augmentant et deviennent de plus en plus intolérables. La malade se plaint également de crampes dans les membres inférieurs et de ténésme rectal. M. Cleisz prévenu, prescrit une potion calmante, mais ne voit pas la malade.

Le matin à 7 heures (le 2 avril), M. Cleisz, sur un nouvel et pressant appel, se rend auprès de la patiente et la trouve poussant des cris et se plaignant d'une façon continue. Elle est très agitée et porte incessamment sa main à la région vulvaire.

L'examen lui permet de constater la présence d'un volumineux hématome vulvo-vaginal gauche qui faisait saillie à l'extérieur. Il constate également la présence d'une large suffusion sanguine à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche.

Etat général. — La face est pâle. La malade est agitée. Pouls 120.

Evolution et traitement. — La tumeur n'augmente pas de volume, cependant M. Cleisz procède quelques heures après, sous anesthésie chloroformique, à l'incision de la tumeur. Incision longitudinale de 8 centimètres environ, à la partie saillante de l'hématome parallèlement à la grande lèvre. Evacuation à la main d'une masse de caillots et de sang d'un poids d'au moins 500 grammes. La cavité de l'hématome remonte très haut atteignant la hauteur du cul-de-sac vaginal gauche. Après lavage aniodolé de la cavité, M. Cleisz fait un tamponnement avec une mèche, et une injection sous-cutanée d'huile camphrée et de sérum physiologique.

Profitant de l'anesthésie, il répare la déchirure périnéale, avec un point profond et un superficiel.

A 18 heures. — La malade fait une hémorragie utérine par impotence fonctionnelle de l'utérus.

Injections intra-utérines à l'eau bouillie chaude à 50 degrés. A la suite de cette nouvelle hémorragie la femme se trouve dans un état général extrêmement grave, qui dure trois jours, avec un pouls aux environs de 140.

Elle est très sensiblement améliorée à partir du quatrième jour et elle a pu allaiter son enfant.

Les suites des couches furent normales sans infection. La mèche placée dans la cavité de l'hématome après son incision a été retirée vingt-quatre heures après et remplacée par un deuxième tamponnement moins serré, qui fut retiré à son tour, vingt-quatre heures plus tard. Ensuite les choses ont été laissées en état et la réunion des lèvres de la plaie s'est faite très rapidement sans traces de suppuration.

La durée totale du traitement de l'hématome ainsi effectué, a été de huit jours au plus.

OBSERVATION VÉTÉRINAIRE N° 1

(année 1900)

*Observation recueillie en clientèle, due à l'obligeance
de M. O. Lebrun, médecin vétérinaire.*

Vache, 1 vêlage

M. Lebrun fut appelé pour soigner une vache qui présentait une tumeur de la région vulvaire.

Le propriétaire, lui donna les renseignements suivants : « La vache vient de vêler il y a un mois. C'était sa première gestation. Peu de temps après la rupture des deux poches des eaux (deux bouteilles : expression des paysans) et la sortie des deux pieds antérieurs et de la tête du veau, la vache a présenté (toujours d'après le dire du propriétaire), une tumeur du côté gauche de la vulve, qui a pris assez rapidement un volume considérable et il a fallu exercer des tractions violentes sur le veau pour obtenir sa sortie. La délivrance s'est effectuée le lendemain spontanément malgré la présence de l'énorme tumeur qui obstruait presque le vagin. »

Etat actuel. — M. Lebrun examine les organes génitaux externes de la vache et constata ce qui suit :

Une tumeur énorme, d'un volume supérieur à celui de deux têtes d'homme, siégeant du côté gauche de la paroi vulvo-vaginale et englobant toute l'étendue de la partie gauche de la région périnéo-ischiale. Elle est indolore actuellement.

On peut la délimiter nettement. Le *toucher* donne une fluctuation semblable à celle qui est donnée par un abcès en maturité.

Une ponction exploratrice donne du liquide séro-sanguin.

Traitement. — Une incision suffisamment large pour permettre le passage de la main a été faite sur la partie la plus déclive de la tumeur.

La poche a été vidée assez difficilement d'un énorme caillot sanguin en voie d'organisation et qui présentait des adhérences à la paroi de la poche.

Il n'y a pas eu hémorragie.

Injection d'eau bouillie chaude, suivie d'une deuxième injection d'eau phéniquée à 5 o/o.

Tamponnement aseptique.

Complications. — Les jours suivants, une grande partie de la muqueuse et de la peau décollées fut nécrosée et desséchée.

M. Lebrun pratique l'ablation des parties nécrosées, ce qui mit à découvert une large surface nue.

Cette plaie a été traitée par de simples fumigations de poudre de charbon.

La réparation fut lente mais complète sans infection ni autre complication.

Plus tard. — La vache a eu d'autres gestations qui ont très bien évolué et se sont terminées sans reproduction d'hématome.

OBSERVATION VÉTÉRINAIRE N° 3

(année 1900)

Observation due également à l'obligeance de M. Lebrun, médecin vétérinaire.

Vache. Multipare.

Vélage spontané sans assistance de vétérinaire.

Délivrance spontanée.

HISTOIRE DE L'HÉMATOME

Trois jours après la mise-bas, M. Lebrun fut appelé par le

propriétaire de l'animal pour une tumeur de la région vulvaire.

Examen de l'animal. — La vache est inquiète et pousse de légers gémissements plaintifs.

On constate une tumeur vulvaire de la lèvre gauche du volume d'une tête fœtale d'enfant.

Pas de réaction générale.

Traitement. — Le premier jour. La queue est attachée du côté droit pour éviter le frottement.

Sur la tumeur a été appliquée une pommade iodo-iodurée.

Le deuxième jour : le diagnostic d'hématome obstétrical étant précisé, M. Lebrun fait une incision modérée à la partie la plus déclive, avec évacuation de la poche des caillots sanguins.

Lavage à l'eau bouillie chaude, suivi d'un toucher à la teinture d'iode et tamponnement aseptique.

Guérison très rapide sans aucune complication.

OBSERVATION VÉTÉRINAIRE N° 3

(octobre 1888)

Observation recueillie par M. Campaquillon et publiée par M. Labat, professeur de Clinique à l'Ecole vétérinaire. Dans la Revue vétérinaire de l'année 1888, p. 513.

Le sujet qui fait l'objet de cette observation est une *jument*, pur sang anglo-arabe, âgée de 5 ans, taille 1 m. 52, sous poil bai.

Le travail avait commencé la veille au soir, et tout faisait espérer une heureuse et rapide délivrance. Au bout de peu d'instants en effet, la tête et un membre du fœtus se montrèrent à l'orifice vulvaire.

Les efforts continuent et cependant le poulain ne bouge pas de place. Les douleurs sont si vives, que la jument se roule à terre, par moment, en proie à des coliques intenses.

Cet état dure deux heures environ.

Les personnes présentes jugent à propos d'intervenir alors,

en tirant sur la tête et le membre qui sont à portée de la main.

On parvient ainsi, non sans peine, à sortir au dehors la tête tout entière et un membre antérieur, jusqu'au milieu de l'avant-bras.

Le fœtus est de nouveau arrêté. Il est mort. Pendant plusieurs heures, on fait de vigoureuses tractions sans aboutir à aucun résultat. Le fœtus conserve la même position.

La jument est abandonnée à elle-même.

Durant toute la nuit, elle ne cesse de faire des efforts très énergiques. Dès le matin elle se calme et tombe dans un état de prostration et d'abattements extrêmes.

On se décide à la conduire à la clinique de l'Ecole vétérinaire.

La jument est absolument accablée. Les parties du poulain qui paraissent à l'extérieur sont : la tête que la vulve enserre au niveau de l'articulation occipito-atloïdienne, et le membre antérieur droit sorti jusqu'à moitié de l'avant-bras et placé exactement au-dessus de la tête. Celle-ci est tuméfiée.

Les organes maternels sont le siège d'un œdème énorme qui comprend l'anus, la vulve et le périnée lui-même.

L'œdème est évidemment le résultat des tentatives d'accouchement qui ont eu lieu la nuit précédente.

L'exploration des parties permet de constater que la présentation du fœtus est antérieure et la position vertébro-sacrée.

Le membre antérieur droit, le seul qui paraît au dehors, occupe une position anormale ; l'angle scapulo-huméral est très ouvert et porté en haut, ainsi que toute l'épaule, de sorte que le membre, très élevé, est placé au-dessous de la tête.

Le membre gauche ne peut être atteint. Inutile d'essayer de pousser l'investigation plus avant : le fœtus, le garrot appuyé contre les vertèbres sacrées de la mère, bouche tout passage à la main. Je pratique la propulsion des parties engagées : la tête et le membre antérieur sont réintégrés dans la cavité vaginale et utérine, malheureusement pas aussi loin qu'il eût été désirable. Cependant, les organes étant devenus plus libres, je puis porter la main au delà de l'excavation pelvienne, pour aller

à la recherche du membre gauche qui paraît être la cause de l'état dystocique.

Le membre est enfin atteint et exploré, non sans quelque peine, il est fléchi au genou, lequel vient buter au-dessous du bord antérieur du pubis, dans une sorte d'excavation ou de repli formé, en ce point, par la matrice.

Cette position, déjà défectueuse, est compliquée par une descente très marquée de l'épaule.

Le pire est que les eaux se sont écoulées depuis longtemps et que la matrice est revenue sur le fœtus qu'elle serre de très près, ce qui gêne tous les mouvements de la main.

Néanmoins, grâce à une poussée lente et continue, la main parvient presque sur le canon ; mais impossible de le déplacer, tant il est exactement maintenu appliqué contre l'avant-bras et le corps. Les essais pour le déplier et l'étendre, plusieurs fois renouvelés, échouent toujours.

Il est vrai de dire que le canon est trop loin pour qu'il me soit permis de faire une bonne prise sur lui.

Le cas se résume donc de la façon suivante : fœtus mort ; présentation antérieure ; position vertébro-sacrée ; la tête et le membre antérieur droit se présentent au passage ; le membre gauche est fléchi au genou. C'est de la position de ce dernier que provient l'obstacle à la mise-bas. Enfin la position est irréductible.

L'extraction forcée est décidée. Pour la facilité je commence par lubrifier les parties avec de l'huile d'olive. Puis, je fixe des lacs à la tête et au membre antérieur droit, auquel j'ai donné une position normale. Enfin, un crochet moins long et rigide est porté sur le membre gauche qui est saisi au pli même du genou.

Ces dispositions prises, des aides se disposent à tirer sur les lacs, à mon commandement, tandis que je me réserve le soin de diriger l'action du crochet. Celui-ci doit agir, en effet, d'abord comme levier, afin de soulever le genou et de provoquer son engagement dans la cavité pelvienne et ceci obtenu, il constituera un excellent moyen de traction.

La manœuvre commence, comme il est dit, sur la jument

debout. Les premières tractions ne donnent pas de résultat. La bête résiste avec vigueur, un instant, puis se laisse tomber.

On en profite pour l'entraver et pour la placer sur le côté droit ; cette position doit favoriser l'opération. On recommence les tractions. Le crochet casse. Il est remplacé. On reprend par un effort lent, mais soutenu. Le genou finit par être soulevé et vient se placer sur le pubis. Un nouvel effort, par une traction directe sur les laes et crochet, amène la moitié du tronc à l'extérieur. Le train postérieur sort ensuite, sans difficulté.

Ces diverses manœuvres ont duré trois quarts d'heure environ. Le poulain était à terme, très bien conformé et très gros.

On achève la délivrance par l'extraction des enveloppes. La jument reste couchée sur le côté droit, très accablée. On lui fait prendre un litre de vin chaud.

Une demi-heure plus tard, la bête se lève et cherche à manger. On lui donne un barbotage tiède avec 20 grammes de sel de nitre ; elle le prend avec avidité. Dans l'après-midi, elle est un peu triste ; les conjonctives sont rouges ; le pouls est à 70 par minute et la température à 39°3. Le soir, la température est à 40°5, le pouls à 105 par minute. Les pulsations sont petites et irrégulières ; la peau est sèche et très chaude même aux extrémités. De temps à autre on observe des frissons. Barbotage additionné de sel de nitre.

Le lendemain, la température descend à 39°3 et le pouls à 90. Le surlendemain, la température est à 39 degrés et le pouls à 65. *La bête se campe souvent pour uriner* ; pendant la miction elle pousse des plaintes et tord le train postérieur.

Les défécations sont également douloureuses. Le rectum, le vagin, la vessie même, surtout l'urèthre sont le siège d'une tension très grande.

Ces parties sont engorgées, rouges, chaudes, et très sensibles. L'œdème extérieur (anal, vulvaire et périnéal) a déjà beaucoup diminué.

Le quatrième jour, l'état est moins bon. L'appétit est con-

servé, mais la température a monté légèrement ($39^{\circ}3$) et le pouls est à 70.

Les mictions et les défécations sont toujours aussi douloureuses. L'œdème pourtant a presque totalement disparu ; il n'est représenté que par une tuméfaction du volume du poing d'un homme, qui siège au côté droit de la vulve et fait saillie, en même temps, à l'intérieur. A 7 ou 8 centimètres de la vulve, sur le plancher du vagin, existe une autre tuméfaction analogue, proéminente, de volume un peu moindre. Ces tuméfactions paraissent être les derniers restes de l'œdème dont il a déjà été question.

La muqueuse (pour la tumeur interne), la muqueuse et la peau (pour la tumeur externe) sont parfaitement intactes.

La palpation donne la sensation d'une masse régulière, dure et homogène, formant chaque tumeur. J'insiste sur ces caractères, qui ne sont point ceux des tumeurs sanguines. Telle était bien leur nature, comme j'en eus la preuve le lendemain.

Pendant la nuit, les deux tumeurs s'ouvrirent spontanément. Elles laissèrent écouler une petite quantité de sang très fétide. La tumeur interne s'était ouverte dans le vagin ; l'autre s'était ouverte à l'extérieur. Les ouvertures débridées, je tombe sur des caillots sanguins en voie de putréfaction. Les cavités sont détergées et débarrassées complètement de leur contenu. La lésion externe n'offre aucune apparence de gravité.

Il n'en est pas de même de l'autre, dont le fond repose sur l'ischium dénudé dans une étendue égale aux dimensions d'une pièce de dix centimes. On lave et panse ces plaies avec une liqueur phéniquée (acide phénique 2, alcool 200, eau 800).

Le sixième jour, la plaie extérieure est sensiblement agrandie, par suite de la chute d'un lambeau de peau mortifiée. En outre, la muqueuse vulvaire s'est déchirée (mortifiée aussi, sans doute), de sorte qu'il existe une véritable fistule vulvaire. Mêmes pansements que la veille. L'état de la malade n'a guère changé.

Température $39^{\circ}3$, pouls 68.

Les jours qui suivent, l'état général devient meilleur.

Les plaies résultant de l'ouverture des thrombus semblent

devoir se cicatriser rapidement. La fistule vulvaire est en train de se fermer. La surface dénudée de l'ischium se recouvre de bourgeons et permet d'éloigner toute crainte de nécrose.

Les parties sont toujours, il est vrai, rouges et tuméfiées. Les défécations et les mictions sont toujours un peu douloureuses. Le méat urinaire est rouge, tuméfié, béant, ce qui fait que l'urine s'écoule goutte à goutte lorsque l'animal est couché.

On remédie à cet état, au moyen des lavements mucilagineux et de boissons mucilagineuses nitrées. Le col de l'utérus est largement ouvert ; mais l'utérus ne donne lieu à aucun écoulement suspect. Le peu de mucosités que l'on trouve à la surface de la muqueuse est absolument inodore.

Le neuvième jour, autre surprise. La jument étant couchée, on voit s'écouler, par la vulve, de la matière purulente, à chaque mouvement que fait la bête. Celle-ci est un peu triste ; la température a monté de 38°5 à 39°5 ; le pouls est à 70.

L'exploration du vagin donne l'explication de ce qui s'est passé. La main, en suivant la face inférieure de la cavité vaginale, après avoir dépassé le méat urinaire, est arrêtée par une ouverture située un peu à gauche de la ligne médiane.

Les doigts, grâce à cette déchirure de la muqueuse vaginale, pénètrent dans un vaste clapier ayant les dimensions du poing. Les parois en sont effilochées et anfractueuses ; le fond repose sur le pubis, lequel n'est point dénudé.

Mon premier soin est d'élargir, avec le doigt indicateur recourbé, l'ouverture dont il s'agit, puis de la vider de son contenu, qui est bel et bien du pus. L'aspiration, avec un instrument *ad hoc*, ne donne pas de bons résultats. Le plus simple est de vider la cavité directement, avec la main, au moyen d'une petite éponge. C'est ce qui est fait. Pansement avec eau-de-vie camphrée.

Actuellement donc, la malade présente trois plaies provenant, deux, de thrombus et la troisième, d'un abcès. Deux de ces plaies sont intra-vaginales.

Du dixième au quinzième jour, rien de particulier à signaler sinon que l'état général et local s'améliore notablement. Les plaies sont pansées régulièrement avec l'eau-de-vie camphrée.

Celle qui a fait suite à l'abcès nécessite des soins particuliers. Deux fois par jour, à l'aide d'une éponge on déterge sa cavité, on la lave et on y laisse un léger plumasseau imbibé d'eau-de-vie camphrée.

Le seizième jour l'état est le suivant : Pas de fièvre, bon appétit, toutes les apparences de la santé. La plaie consécutive au thrombus vulvaire est presque fermée ; elle est réduite aux dimensions d'un petit œuf de poule ; elle ne communique plus avec le vagin.

La plaie résultant du thrombus du vagin est également en voie de cicatrisation ; elle est presque au niveau de la muqueuse ; sa cavité est à peu près complètement effacée. Enfin, la plaie provenant de l'abcès est sensiblement réduite ; ses parois bourgeonnent vivement. Mais il s'est formé un cul-de-sac dirigé en arrière qui nécessite un nouveau débridement ; cette opération est exécutée au moyen du bistouri, deux aides écartant fortement les lèvres de la vulve. L'urèthre ni le méat urinaire ne sont plus enflammés ; le méat est fermé et l'écoulement involontaire de l'urine a cessé.

Les pansements sont continués comme ci-dessus.

Le vingtième jour, les plaies sont complètement cicatrisées.

Les organes sont revenus à leur état normal.

Le col de la matrice est assez grandement ouvert. Les muco-sités sont inodores.

Deux jours plus tard, la jument quittait les infirmeries de l'école vétérinaire.

Le trentième jour après la mise-bas, elle était entièrement guérie.

OBSERVATION VÉTÉRINAIRE N° 4

(année 1908)

*Observation recueillie en clientèle due à l'obligeance
de M. L. Bédel, méd. vétérinaire.*

Vache, 1-pare.

Velage, le 11 juin 1908, après un travail très laborieux à cause d'excès de volume du veau.

Le 13 juin, c'est-à-dire deux jours après la mise-bas, M. Bédel est appelé pour voir l'animal qui présentait un gonflement de la région vulvaire, et constate ce qui suit :

La vulve est tuméfiée, à parois noirâtres. Toute la paroi vagino-vulvo-périnéale droite est occupée par une tumeur allongée, bosselée, pas très tendue, soulevant dans la totalité presque, la paroi vaginale droite.

M. Bédel pose le diagnostic d'hématome.

L'incision de la tumeur pratiquée, permet l'extraction de nombreux caillots sanguins suivie d'injection d'eau crésylée chaude.

Guérison très rapide, sans complications.

CONCLUSIONS

1° L'hématome périnéal et périvaginal d'origine obstétricale est un accident qui survient habituellement pendant la période d'expulsion.

Il est le résultat d'une hémorragie dans le tissu cellulaire sous-muqueux, due à des ruptures capillaires consécutives au passage plus ou moins brusque de la tête fœtale bien ossifiée.

2° L'hématome obstétrical devient apparent et se diagnostique dans les trois quarts des cas environ, après la délivrance.

3° L'hématome obstétrical est une affection rare. (Un cas sur 3.000 accouchements environ : *Statistique de la Clinique Baudelocque, 1883-1920.*)

4° L'hématome périnéal et périvaginal d'origine obstétricale, est plus fréquent chez les primipares.

5° Les malformations congénitales des organes génitaux de la femme, prédisposent à la production de l'hématome obstétrical.

6° L'hématome obstétrical s'accompagne, dans la presque totalité des cas, de phénomènes douloureux très vifs, de sensation de pesanteur périnéale, de ténésme vésico-rectal, et d'ecchymoses locales.

7° Le pronostic est bénin dans la presque totalité des cas, si les règles d'asepsie et d'antisepsie sont observées.

8° *Traitement.* — En ce qui concerne les petits héma-

tomes qui ne dépassent pas le volume d'un œuf de poule, qui ne sont pas très tendus et qui n'ont pas tendance à augmenter de volume, le traitement consiste en un simple pansement compressif.

Pour les hématomes volumineux, ceux qui ont tendance à augmenter de volume et pour ceux qui sont très tendus avec menace de sphacèle de la paroi décollée, l'incision et le tamponnement compressif est le traitement de choix.

BIBLIOGRAPHIE

R. Champeau. — Dans sa thèse : Contribution à l'étude du thrombus périvulvaire et périvaginal, Thèse de Paris, 1914, on trouvera la bibliographie très complète du sujet que nous avons traité.

Bibliographie vétérinaire

Williams. — Veterinary obstetrics. New-York, 1917.

Bournay. — Obstétrique vétérinaire, 1900.

Saint-Cyr (A.) et Violet (Th.). — Traité d'Obstétrique vétérinaire, 1888.

Revue vétérinaire. — 1888, page 513. — Communication d'une observation chez une jument (Hématome Obstétrical) par le professeur de clinique vétérinaire M. Labat.

Le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

